

Manejo de la agitación

Dra Ana Moreno



Agitación

- Actividad motora excesiva asociada a tensión emocional (DSM-5)
- Estado de hiperactividad impulsiva en grados variables, asociado a alteración de los afectados (ansiedad, miedo, rabia, euforia).
- Es un síntoma



Agitación peligrosa



Servicio de Urgencia

- Ambiente caótico, estresante y ruidoso
- Tiempos de espera prolongados
- Acompañantes agresivos o demandantes
- Factores que gatillan o aumentan la agitación de los pacientes

Escalas de medición

- Overt Aggression scale (OAS)
 - Severidad de la agitación
 - Puntaje de 0 a 160, puntaje de corte ≥ 7 .

4.5. Escala de Agresividad Manifiesta (Overt Aggression Scale, OAS)

Agresión verbal	N.º de veces
1. No presenta	
2. Habla en voz muy alta, grita con enfado	
3. Insultos personales sirven gran importancia (p. ej., «Eres tonto!»)	
4. Juramentos continuos, usa un lenguaje maledicente cuando está enfadado, amenazas moderadas a otros o a sí mismo	
5. Realiza claras amenazas de violencia a otros o a sí mismo («te voy a matar»), o precisa ayuda para controlarse a sí mismo	
Agresión física contra uno mismo	
1. No presenta	
2. Se rasga o punza la piel, se golpea a sí mismo, se tira del pelo (en ausencia de daño o cuando éste es mínimo)	
3. Golpea objetos romos con la cabeza o los puños, se arroja al suelo o a objetos romos (se produce heridas pero sin un daño grave)	
4. Pequeños cortes o hematomas, quemaduras leves	
5. Automutilaciones, se hace cortes profundos, se muerde hasta sangrar, se produce lesiones internas, fracturas, pérdida de conciencia o pérdida de los dientes	
Agresión física contra objetos	
1. No presenta	
2. Da portazos, desparaña la ropa, lo desordena todo	
3. Arroja objetos contra el suelo, da patadas a los muebles sin llegar a romperlos, hace marcas en las paredes	
4. Rompe objetos, como las ventanas y cristales	
5. Prende fuego, arroja objetos peligrosamente	
Agresión física contra otras personas	
1. No presenta	
2. Realiza gestos amenazantes, zarandeaa a las personas, les agarra de la ropa	
3. Golpea, da patadas, empuja y tira del pelo a otras personas (sin daño para ellas)	
4. Ataca a otras personas causando daños físicos de leves a moderados (hematomas, esguinces, contusiones)	
5. Ataca a otras personas causando daños físicos graves (huesos rotos, laceraciones profundas, lesiones internas)	

Manejo de la agitación

- Objetivo:
- Control de la agresividad y de la agitación
- Lograr tener al paciente despierto pero tranquilo
- Lograr una adecuada evaluación del paciente.

Protección del equipo de salud



Manejo ambiental

- Lugar tranquilo, con menor estimulación del ambiente
- Remover objetos peligrosos que puedan ser usados como arma



Técnicas de descalación

- Lenguaje calmo, “contención verbal”
- Expresar empatía, ayudar a que el paciente este cómodo
- Mantener el paciente informado



Técnicas de descalación

- Efectivo en pacientes con cuadros de agitación leve o inicial
- Paciente intranquilo pero cooperador

Contención farmacológica

- Intentar administración voluntaria de fármacos vía oral.
- En pacientes no cooperadores, muy agitados o sin acceso venoso preferir vía intramuscular

Benzodiacepinas

- Agonistas GABA en todo el SNC -> Sedación, hipnosis, ansiolisis, amnésicos, anticonvulsivantes.
- Amplio margen de seguridad
- Menor interacción medicamentosa
- RAMs: sedación, hipotensión y depresión respiratoria (dosis dependiente)

Benzodiacepinas

- Lorazepam:
 - Dosis: 1 - 2 mg VO, 0.5 - 2 mg IM, 1 - 2 mg EV, repetir cada 15 mins
 - Inicio de acción en 15 a 20 min IM, 5 a 20 min EV, efecto por 3 hrs.
 - De elección por vida media y no tiene metabolismos activos
 - Contraindicado en ERC

Benzodiacepinas

- Midazolam:
 - Dosis: 5-15 mg IM, cada 15 mins. 1 - 2 mg cada 2 a 3 min EV
 - Inicio de acción en 5 a 15 mins, duración del efecto por 45 mins.
 - Usar con precaución en DHC

Benzodiacepinas

- Diazepam:
 - Dosis 5 - 10 EV
 - Inicio de acción en 30 min, duración del efecto prolongado
 - Absorción errática en uso IM
 - Indicación en sd privación de alcohol

Antipsicóticos típicos

- Inhibición del receptores de dopamina
- Fácil de usar, alta efectividad, titulación en base a dosis repetidas, amplia experiencia en su uso

Antipsicóticos típicos

- Multiples interacciones medicamentosas
- RAMs: sd neuroléptico maligno, síntomas extrapiramidales (distonia aguda), sd anticolinérgico (boca seca, taquicardia, RAO), sd antiadrenérgico (ortostatismo), disminución del umbral convulsivante, prolongación del QT

Antipsicóticos típicos

- Haloperidol
- Dosis: 5 a 10 mg IM, o 1 - 2 mg EV, repetir cada 30 mins
- Dosis mínima 2 mg (adultos mayores)
- Inicio de acción en 30 mins
- Cl: ttnos de movimiento, DHC

Antipsicóticos típicos

- Droperidol
- Dosis 5 a 10 mg IM, 2.5 a 5 mg EV, repetir cada 15 mins
- Igual eficacia a haloperidol, rápido inicio de acción, menor vida media.
- Black Box Warning por la FDA por riesgo de arritmias (??)

Antipsicóticos típicos

- En caso de síntomas extrapiramidales:
 - Difenhidramina / Prometazina (bloq H1 central)
 - Lorazepam / Midazolam

Uso combinado

- Se prefiere el uso de benzodiacepinas combinadas con antipsicóticos típicos.
- Mayor efectividad a menor dosis, con menores efectos adversos
- Lorazepam 2 mg + Haloperidol 5 mg IM

Antipsicóticos atípicos

- Menor afinidad y mayor selectividad por receptor D2 Dopamina y bloqueo selectivo de los receptores 5-HT de serotonina.
- Mas tranquilizantes / menos sedantes.
- Menor efecto extrapiramidal

Antipsicóticos atípicos

- RAMs: hipotensión, prolongación del QT, disminución del umbral convulsivante, aumento del riesgo de enf tromboembólica, sd metabólico, hiperglicemia (aguda).
- Evitar uso en intoxicación por alcohol y si hay uso reciente de benzodiacepinas

Antipsicóticos atípicos

- Risperidona 1 - 3 mg VO
- Olanzapina 10 - 20 mg VO, 5 - 10 mg IM, repetir cada 4 hrs
- Ziprasidona 10 - 20 mg IM, repetir cada 4 hrs.

Otros fármacos

- Ketamina:
 - Antagonista del rec. NMDA -> Uso como anestésico y sedante.
 - Dosis: 4 - 6 mg/kg IM, inicio de acción en 3 a 5 mins.
 - Uso con precaución por reacción de emergencia, laringoespasmo e hipersalivación.

Contención física

- Indicado en pacientes agitados con riesgo de dañar a otras personas, a si mismo, o de retrasar su diagnóstico o tratamiento
- Debería ser usado como último recurso y el menor tiempo posible
- Registro en ficha clínica

Contención física

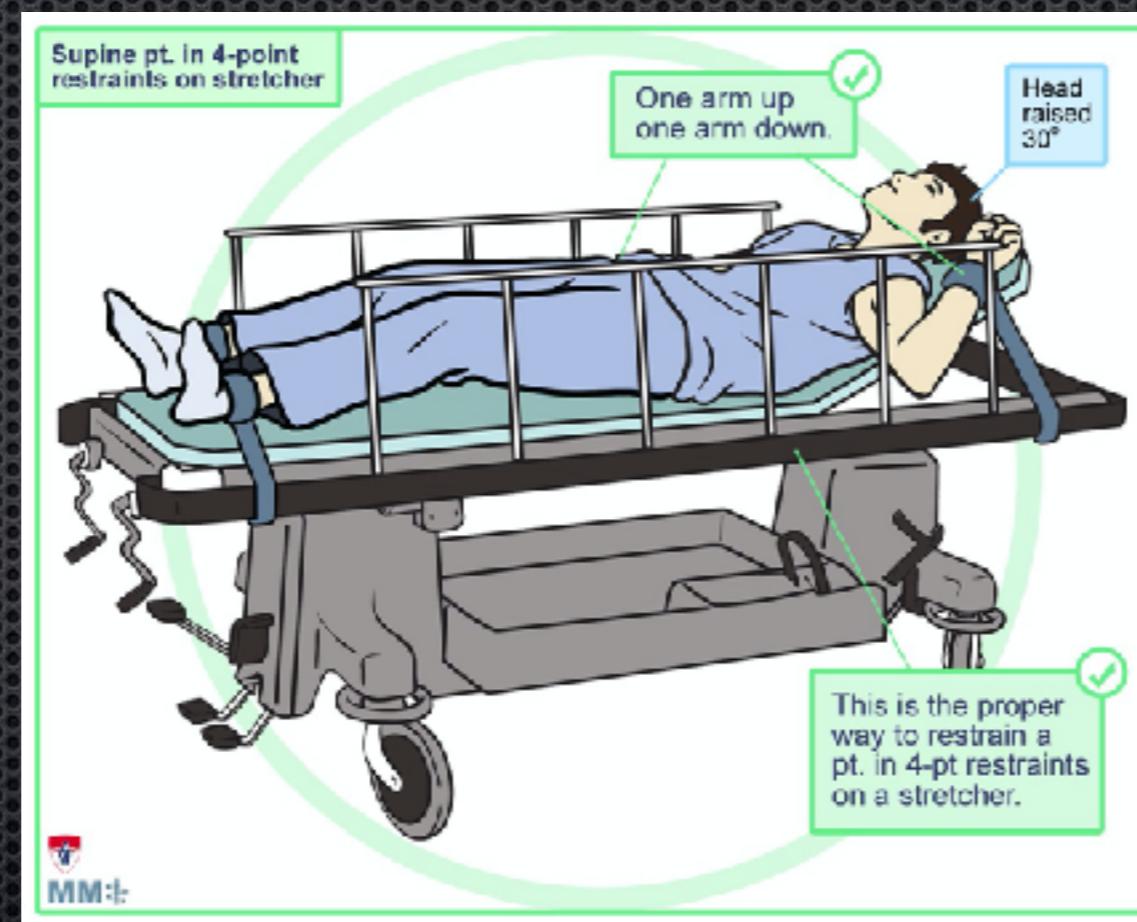
- Al menos 5 personas: líder a la cabeza más una persona por extremidad, bloquear codos / rodillas.
- Ingresar todos juntos al box, aplicación rápida, informar al paciente.





Contención física

- Posicion en supino o lateral
- Un brazo hacia arriba, otro hacia abajo





- Riesgo de muerte súbita
- Asfixia
- Hipoventilación

Contención física

- Reevaluación frecuente
- Control de signos vitales, monitorización ecg, diuresis
- Lesiones en relación a la contención

Contención física

Complicaciones

- Riesgo de muerte súbita
- Lesiones de piel y partes blandas, lesiones neurovasculares en sitios de contención
- Rabdomiolisis, falla renal, trastornos hidroelectrolíticos
- Aspiración, asfixia, hipoventilación.



Preguntas??

Bibliografía

- Nazarian D, et al. Clinical Policy: Critical issues in the diagnosis and management of the adult psychiatric patient in the emergency department. Annals of emergency medicine. April 2017.
- Lukens T et al. Clinical Policy: Critical issues in the diagnosis and management of the adult psychiatric patient in the emergency department. Annals of emergency medicine. 2006.
- Deal N et al. Stabilization and management of the curly agitated or psychotic patient. Emerg Med Clin N Am. 2015.
- Rossi J, Swan M, Isaacs E. The violent or agitated patient. Emerg Med Clin N Am. 2010.
- Byrne P. Clinical Review: Managing the acute psychotic episode. BMJ. March 2007.
- Zeller S et al. Systematic reviews of assessment measures and farmacologías treatment for agitation. Clinical therapeutics. 2010.
- Yildiz A, Sachs GS, Turgay A. Pharmacological management of agitation in emergency settings. Emerg Med J 2003.
- Norma general tecnica sobre contención en psiquiatria. Julio 2003. Minsal